|  |  |
| --- | --- |
| Α Ι Τ Η Σ Η **ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………..  **ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………..  **ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………..  **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** ………………………………….  **ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**……………………………..  **ΘΕΣΗ ΟΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:**……………………..  ……………………..…………………………….  **ΒΑΘΜΟΣ:** …………….. **Μ.Κ.:** …………………  **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……...……..…………….. ……………………………**Τ.Κ:**………….…..…….  **ΠΟΛΗ:** ……………………………………………  **ΤΗΛΕΦΩΝΟ**: …………………….………..  ΘΕΜΑ: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας.  **Ημέρες αναρρωτικής άδειας μέσα στο έτος: …………………….**  **Σέρρες,** ……../……../…….. | Π Ρ Ο Σ **Τον Διευθυντή Π.Ε. Σερρών**  Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια ……………….. (…..……) ημέρ…..… από ……………………. μέχρι και…………………………σύμφωνα  Με τη συνημμένη Υπεύθυνη Δήλωση // Ιατρική Γνωμάτευση  Ο – Η ΑΙΤ……..    ……………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |